

NYS समान अस्पताल वित्तीय सहायता संबंधी आवेदन

आप अस्पताल वित्तीय सहायता के लिए पात्र हो सकते हैं यदि आपके पास बीमा नहीं है, यदि आपका बीमा समाप्त हो गया है, या यदि आपके पास स्वास्थ्य बीमा है लेकिन आपके पास भुगतान किए गए चिकित्सा खर्चों का प्रमाण है जो आपकी आय के 10% से अधिक है। इस फॉर्म को पूरा करने से अस्पताल वित्तीय सहायता के लिए आपका अनुरोध शुरू होगा। यह फॉर्म न्यूयॉर्क राज्य के सभी अस्पतालों द्वारा उपयोग किया जाता है।

रोगी का नाम (संपूर्ण जानकारी जो लागू हो)

रोगी का नाम (पहला, मध्य, अंतिम)		
जन्म तिथि (माह/दिन/वर्ष)		
पता	अपार्टमेंट/यूनिट #	
शहर	राज्य	ज़िप
संपर्क फ़ोन #		
माता-पिता/अभिभावक या कानूनी प्रतिनिधि का नाम (यदि रोगी एक नाबालिग बच्चा या अक्षम वयस्क है):		
ईमेल पता (यदि कोई हो)		

पारिवारिक जानकारी:

कृपया नीचे अपने घर में सभी परिवार के सदस्यों की सूची दें। आपके घर में आप स्वयं, आपके पति या पत्नी या घरेलू साथी, और कोई भी बच्चे या अन्य आश्रित शामिल हैं। उदाहरण के लिए, इसमें समान कर रिटर्न पर सूचीबद्ध सभी व्यक्ति शामिल होंगे।

सकल आय का अर्थ है आपकी आय जिसमें से कर काटे जाने से पहले की राशि।

सकल आय में कार्य आय (वेतन, तनख्वाह, बख्शीश, स्व-रोजगार से आय), अनर्जित आय (सामाजिक सुरक्षा, विकलांगता और बेरोजगारी लाभ), योगदान (परिवार या दोस्तों से मिला पैसा), और आय के अन्य स्रोत (अस्थायी सहायता और पूरक सुरक्षा आय) शामिल हो सकते हैं।

पूरा नाम	संबंध	कुल सकल आय (वर्तमान)
	खुद	

अस्पताल आपको आय के प्रमाण के रूप में दस्तावेज जमा करने का अनुरोध कर सकता है; दस्तावेजों के उदाहरणों में वेतन पर्ची, यदि लागू हो तो आपके नियोक्ता से एक पत्र, या फॉर्म 1040 शामिल हो सकते हैं।

स्वास्थ्य बीमा स्थिति

क्या आपके पास किसी भी प्रकार का स्वास्थ्य बीमा है, जिसमें Medicaid, Medicare, या आपके नियोक्ता के माध्यम से या स्वयं खरीदा गया निजी बीमा

शामिल है? हाँ नहीं

यदि आपने "नहीं" में उत्तर दिया है, तो क्या आप इनमें से किसी भी प्रोग्राम के लिए आवेदन करने में सहायता चाहेंगे?

हाँ नहीं

कम बीमा वाले रोगी: वे लोग जिनके पास बीमा और उनका चिकित्सा खर्च बहुत अधिक हैं। यदि आपके पास बीमा है, तो कृपया पिछले 12 महीनों में आपके द्वारा भुगतान किए गए चिकित्सा बिलों का अनुमान प्रदान करें।

\$

अस्पताल आपको भुगतान किए गए चिकित्सा खर्चों के प्रमाण के रूप में दस्तावेज जमा करने का अनुरोध कर सकता है।

रोगी/ज़िम्मेदार पक्ष: यदि रोगी नहीं है, तो फॉर्म पर हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति का नाम और रोगी की ओर से हस्ताक्षर करने का उनका अधिकार (जैसे, पति या पत्नी, माता-पिता, कानूनी प्रतिनिधि) सूचीबद्ध करें।

मैं समझता/समझती हूँ कि मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी बाहरी स्रोतों से सत्यापन के अधीन हो सकती है। मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि यह जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य और पूर्ण है।

नाम प्रिन्ट करें	तिथि
मरीज से रिश्ता	
हस्ताक्षर	

न्यूनतम पात्रता और दिशानिर्देश

आवेदन समयसीमा, रोगी के अधिकार और गोपनीयता

- आप वसूली प्रक्रिया के किसी भी समय वित्तीय सहायता के लिए आवेदन कर सकते हैं।
- आपको इस अस्पताल को कोई भी भुगतान तब तक नहीं करना है जब तक आप वित्तीय सहायता के लिए अपने आवेदन पर निर्णय प्राप्त नहीं कर लेते। अस्पताल आपके आवेदन के लंबित रहने के दौरान खातों को वसूली के लिए अग्रेषित नहीं कर सकते।
- यदि आपको वित्तीय सहायता से इनकार कर दिया जाता है, तो आपको अपील करने का अधिकार है। ऐसा करने के तरीके के बारे में जानकारी अस्पताल की सूचना में शामिल होगी जो आप प्राप्त करते हैं। आपको अपनी वित्तीय सहायता की राशि पर अपील करने का अधिकार हो सकता है। अस्पताल अपने निर्णय पत्र में अपील करने के तरीके के बारे में जानकारी शामिल करेगा।
- अस्पताल आपके पहले बिल के बाद कम से कम 180 दिनों तक भुगतान नया हुए बिलों को वसूली एजेंसी को नहीं भेज सकते।
- अस्पतालों को संघीय गरीबी स्तर के 400% से नीचे के रोगियों के लिए भुगतान नया किए गए चिकित्सा बिलों की वसूली के लिए मुकदमा दायर करने सहित कानूनी कार्रवाई करने से प्रतिबंधित किया गया है। गरीबी संबंधी दिशानिर्देश यहां देखे जा सकते हैं: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- इस आवेदन में प्रदान की गई कोई भी जानकारी केवल अस्पताल द्वारा वित्तीय सहायता के लिए आपकी पात्रता निर्धारित करने के लिए उपयोग की जाएगी और कानून द्वारा अनुमत सीमा तक गोपनीय रहेगी।
- अस्पताल आपको चिकित्सकीय रूप से आवश्यक सेवाओं से इनकार नहीं कर सकता क्योंकि आपका चिकित्सा बिल बकाया है।
- यदि आपको इस आवेदन के साथ सहायता की आवश्यकता है, तो कृपया NYC हेल्थ + अस्पताल (NYC Health + Hospital) के वित्तीय सहायता कार्यालय से 1-844-NYC-4NYC (1-844-692-4692) पर संपर्क करें।
- यदि आपको इस आवेदन के साथ अतिरिक्त सहायता की आवश्यकता है या किसी निर्णय पर अपील करने में मदद चाहिए, तो आप समुदाय स्वास्थ्य अधिवक्ताओं से संपर्क कर सकते हैं: 888-614-5400.

पात्रता

कुछ भी अस्पताल की क्षमता को नीचे निर्दिष्ट आय स्तरों से अधिक पर भुगतान छूट के लिए रोगी पात्रता स्थापित करने और/या पात्र रोगियों को सार्वजनिक स्वास्थ्य कानून द्वारा आवश्यक से अधिक भुगतान छूट प्रदान करने की क्षमता को सीमित नहीं करता है। इसके अतिरिक्त, आप्रवासन स्थिति वित्तीय सहायता निर्धारित करने के उद्देश्य से पात्रता मानदंड नहीं होगी।

निम्नलिखित व्यक्ति पात्र हैं:

- स्वास्थ्य बीमा के बिना निम्न-आय वाले व्यक्ति; या
- कम बीमा वाले व्यक्ति (पिछले बारह महीनों में जमा किए गए वे से अधिक चिकित्सा लागत जो ऐसे व्यक्ति की सकल वार्षिक आय के दस प्रतिशत से अधिक है); या
- वे जिन्होंने अपने स्वास्थ्य बीमा लाभों को समाप्त कर दिया है, और जो पूर्ण शुल्क का भुगतान करने में असमर्थता प्रदर्शित कर सकते हैं; या
- अस्पताल के विवेक पर, वे व्यक्ति जो अपने सह-भुगतान और/या कटौती योग्य राशि का भुगतान करने में असमर्थता प्रदर्शित कर सकते हैं, वे कम या छूट प्राप्त भुगतान का अनुरोध कर सकते हैं।

संघीय गरीबी स्तर के 400% तक के व्यक्ति वित्तीय सहायता के लिए पात्र हैं।

संघीय गरीबी स्तर (2024)			
परिवार का आकार	200%	300%	400%
1 व्यक्ति	\$30,120	\$45,180	\$60,240
2 व्यक्ति	\$40,880	\$61,320	\$81,760
3 व्यक्ति	\$51,640	\$77,460	\$103,280
4 व्यक्ति	\$62,400	\$93,600	\$124,800
5 व्यक्ति	\$73,160	\$109,740	\$146,320
6 व्यक्ति	\$83,920	\$125,880	\$167,840
7 व्यक्ति	\$94,680	\$142,020	\$189,360

वार्षिक रूप से अपडेट किया गया: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

न्यूनतम छूट दरें

यदि आप वित्तीय सहायता के लिए पात्र हैं, तो आपके शुल्क आपकी आय के अनुसार एक स्लाइडिंग फीस स्केल पर निम्नानुसार कम किए जाएंगे:

आय स्तर	भुगतान
200% FPL से नीचे	सभी शुल्क माफ
200% - 300% FPL	बीमा रहित रोगी: स्लाइडिंग स्केल पर Medicaid द्वारा सेवा(ओं) के लिए भुगतान की जाने वाली राशि का अधिकतम 10%. कम बीमा वाले रोगी: ऐसे रोगी के बीमा लागत शेयरिंग के अनुसार भुगतान की जाने वाली राशि का अधिकतम 10%.
301% - 400% FPL	बीमा रहित रोगी: स्लाइडिंग स्केल पर Medicaid द्वारा सेवा(ओं) के लिए भुगतान की जाने वाली राशि का अधिकतम 20%. कम बीमा वाले रोगी: ऐसे रोगी के बीमा लागत साझा करने के परिणामस्वरूप भुगतान की जाने वाली राशि का अधिकतम 20%.

अस्पताल पात्र रोगियों के लिए अधिक छूट प्रदान करना और/या उच्च आय स्तर वाले रोगियों के लिए भुगतान छूट प्रदान करना चुन सकते हैं।

किस्त संबंधी योजनाएँ

उन रोगियों के लिए कैश संबंधी योजनाएँ उपलब्ध हैं जो कम की गई दर का भुगतान एक बार में नहीं कर सकते। मासिक भुगतान आपकी सकल मासिक आय के 5% से अधिक नहीं हो सकते हैं और रोगी से भुगतान नया किए गए बकाए पर लगाए गए ब्याज की दर, यदि कोई हो, 2% से अधिक नहीं होगी।

घरेलू आय के प्रमाण के लिए अनुरोध

कृपया रोगी, उनके पति या पत्नी, और किसी भी आश्रित (जैसे बच्चे) के लिए आय की जानकारी शामिल करें। उदाहरण के लिए, इसमें घरेलू आय की गणना में समान कर रिटर्न (कर फाइलर, पति या पत्नी, और कर आश्रित) पर सभी लोग शामिल होंगे।

निम्नलिखित उन दस्तावेजों की सूची है जिनका उपयोग आप अपनी आय साबित करने के लिए कर सकते हैं। आपको ये सभी दस्तावेज प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है। यदि आपकी कोई आय नहीं है तो आप घरेलू आय के न होने का विवरण भी प्रदान कर सकते हैं।

आप NY स्टेट ऑफ हेल्थ मार्केटप्लेस (NY State of Health Marketplace) से प्राप्त पालता निर्धारण पृष्ठ भी प्रदान कर सकते हैं। यदि आपके पास यह दस्तावेज है, तो आपको अस्पताल को नीचे सूचीबद्ध किसी अन्य आय की जानकारी प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है।

यदि परिवार को प्राप्त होता है:	प्रति माह राशि:	आवेदक निम्नलिखित जानकारी प्रदान कर सकता है:
वेतन	\$	कृपया एक वेतन पर्ची, या कंपनी के लेटरहेड पर नियोक्ता से पत्र, हस्ताक्षरित और दिनांकित, या हाल ही में दाखिल किया गया आयकर रिटर्न प्रदान करें।
सामाजिक सुरक्षा भुगतान	\$	पुरस्कार पत्र/प्रमाणपत्र की प्रति, या अमेरिकी सामाजिक सुरक्षा प्रशासन से पत्राचार, या वार्षिक लाभ पत्र। अपने सामाजिक सुरक्षा लाभ पत्र की प्रति का अनुरोध करने के लिए, 1-800-772-1213 पर कॉल करें या www.ssa.gov पर जाएं।
बेरोजगारी मुआवज़ा	\$	पुरस्कार पत्र/प्रमाणपत्र की प्रति, या NYS श्रम विभाग से मासिक लाभ विवरण, या प्रिंटआउट के साथ डायरेक्ट पेमेंट कार्ड की प्रति, या NYS श्रम विभाग से पत्राचार, या NYS श्रम विभाग की वेबसाइट (www.labor.state.ny.us) से प्राप्तकर्ता की खाता जानकारी का प्रिंटआउट।
विकलांगता भुगतान	\$	पुरस्कार पत्र/प्रमाणपत्र की प्रति, या सामाजिक सुरक्षा प्रशासन से पत्राचार, या वार्षिक लाभ पत्र की प्रति। अपने लाभ पत्र की प्रति का अनुरोध करने के लिए, 1-800-772-1213 पर कॉल करें या www.ssa.gov पर जाएं।
कर्मचारी मुआवज़ा	\$	पुरस्कार पत्र की प्रति या वेतन पर्ची।

गुजारा भत्ता/बाल सहायता	\$	न्यायालय के आदेश की प्रति, या 3 महीने के नकद किए गए चेक/रसीदें।
लाभांश/ब्याज	\$	त्रैमासिक लाभांश स्टेटमेंट या 1 महीने की स्टेटमेंट।
अन्य	\$	गैर-वेतन वाली आय की राशि बताने वाला पत्र (यदि कोई हो), जैसे किराये की आय, छोटे-मोटे कामों के लिए नकद, आदि।
कोई आय नहीं	\$	आय न होने का हस्ताक्षरित बयान।